

REQUERIMENTO – AUXÍLIO MÚTUO ABRAPAC

Ao Corpo Diretivo do A.M.A.

Eu, _____, associado da ABRAPAC, em situação regular junto ao A.M.A., portador do documento de identidade RG (SSP)nº _____,

inscrito no CPF/MF sob o n. _____, solicito a concessão do auxílio em razão de:

- incapacidade temporária
 incapacidade permanente
 morte

Para tanto, apresento cópia dos seguintes documentos:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____

Cumprе ressaltar que, de acordo com a legislação em vigor, os valores recebidos a título de doação não são tributáveis no Imposto de Renda. Caso haja eventual obrigatoriedade de recolhimento, fica o conveniado AMA responsável pelo recolhimento. Apesar desta isenção federal, para o Estado de São Paulo, diz o artigo 1º, inciso II, alínea “a”, da Lei nº 10.992, de 21 de dezembro de 2001, que o recolhimento do ITCMD está isento para a transmissão por doação, até o valor de 2.500 UFESP’s (R\$ 64.250,00 para 2018). Contudo, caso a doação ultrapasse o valor limite fixado na mencionada lei, apesar da responsabilidade de recolhimento ser do conveniado AMA que reside no Estado, o imposto será recolhido pela ABRAPAC.

Conforme **Parágrafo Único do Art.50 do Regulamento AMA**, = “É facultativo ao conveniado o recebimento ou não dos períodos totais ou fracionados dos benefícios.”

Período Atestado de Concessão: De ___ / ___ / ___ à ___ / ___ / ___ = (_____) dias.

Período Requerido p/pagamento do benefício:

De ___ / ___ / ___ à ___ / ___ / ___ = _____ (_____) dias

Termos em que peço deferimento.

São Paulo, ___ de _____ de _____.

Assinatura do requerente